



Formulario de solicitud de modificaciones razonables y asistencia de comunicación del DFCS para personas con discapacidad

¿Tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable o asistencia de comunicación para acceder a los servicios del Departamento de Servicios para la Familia y los Niños (DFCS)?

Para solicitar una modificación razonable, asistencia de comunicación o ayuda adicional, complete el formulario a continuación. No es necesario que complete este formulario o nos diga su discapacidad para recibir modificaciones razonables, asistencia de comunicación o ayuda adicional.

Si necesita ayuda para completarlo, consulte a un miembro de nuestro personal o llame al 404-657-3433. Hay formatos alternativos de este formulario disponibles a pedido. La información que nos proporciona es confidencial.

El DFCS brinda:

- Modificaciones razonables cuando son necesarias para evitar la discriminación basada en la discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para proporcionar acceso equitativo.

- Asistencia de comunicación para personas con discapacidad o sus acompañantes con discapacidad, como intérpretes de lengua de señas, para una comunicación efectiva.

El DFCS no está obligado a realizar ninguna modificación que resulte en una alteración fundamental en la naturaleza de un servicio, un programa o una actividad, o en cargas financieras y administrativas indebidas.

El DFCS tiene prohibido divulgar información personal identificable (PII) o información de salud protegida (PHI) a personas no autorizadas. Por lo tanto, el DFCS no revelará ni discutirá la PII o la PHI de una persona con discapacidad, ni permitirá el acceso a esta, sin la autorización correspondiente.

En situaciones en las que un acompañante u otra persona solicite una modificación razonable o asistencia de comunicación en nombre de una persona con discapacidad, el DFCS se comunicará con el solicitante/destinatario con una discapacidad o con un representante autorizado para verificar la solicitud.

For Agency Use Only/Para uso de la agencia únicamente

Head of Household/Jefe de familia _____ Client ID/Identificación del cliente _____

Fecha: _____

Nombre de la persona con discapacidad que necesita una modificación razonable, asistencia de comunicación o ayuda adicional:

***Nombre del solicitante (si es diferente del nombre mencionado anteriormente):** _____

Relación del solicitante con la persona con discapacidad: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento de la persona con discapacidad:
 ___ / ___ / ___ o **ID de cliente:** _____

Dirección: Calle _____

Ciudad _____ Código postal _____

Condado: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico (si tiene):

Nombre de la persona con discapacidad

Fecha de nacimiento o ID de cliente _____

Marque los programas del DFCS que correspondan: _____

SNAP _____ TANF _____ Asistencia médica (por ejemplo,

Medicaid y PeachCare for Kids®) _____ Bienestar infantil

(CPS, cuidado de acoyo, adopción, reunificación familiar)

Otro: _____

1. ¿Necesita una modificación razonable debido a una discapacidad?

____ Sí _____ No

En caso afirmativo, describa la modificación razonable que está solicitando.

2. ¿Usted o su acompañante necesitan asistencia de comunicación debido a una discapacidad? En caso afirmativo, díganos para que podamos ayudarlo. (Marque todas las que correspondan).

Nombre de la persona con discapacidad

Fecha de nacimiento o ID de cliente _____

Intérprete de lengua de señas ____; intérprete de habla con clave ____; intérprete oral ____; intérprete táctil ____; TTY ____; braille ____; letra grande ____; comunicación electrónica (correo electrónico) ____; otro: _____

3. ¿Cómo le ayudará esta modificación razonable o asistencia de comunicación (o ayuda adicional)?

4. ¿Necesita esta modificación razonable, asistencia de comunicación o ayuda adicional **una vez** ____ o **continuamente** ____? Si es posible, explique cuándo y cuánto tiempo necesita esta asistencia (ayuda adicional).

DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LAS SIGUIENTES PERSONAS:

su asistente social, la persona en la recepción o envíe un correo electrónico a la siguiente dirección: Customer_services_dfcs@dhs.ga.gov y escriba “ADA” en la línea de asunto.

*La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990 y la Ley de Enmiendas de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidad no sufran discriminación ilegal.

Consulte la Declaración de no discriminación del Departamento de Agricultura y Servicios Humanos y de Salud de EE. UU. en la página siguiente.

Declaración de no discriminación

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA

e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o

llame al (800) 368-1019 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.